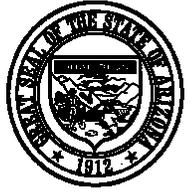




AHCCCS is  
Arizona's  
Medical  
Assistance  
Program  
(Medicaid)

## Autorización para Dar a Conocer Información Protegida sobre la Salud



Cliente:	AHCCCS ID:	Cliente #:
Nombre y Dirección de la Fuente Médica (código postal)	Fecha:	
	Especialista en Determinación de Derechos:	
	Teléfono:	
	Fax:	

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------	----------------------

Dirección:
------------

Número del Seguro Social (Optativo, esto puede ayudarle al proveedor de cuidados de salud a localizar sus archivos):
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Propósito de la Autorización:** Lo/la estoy autorizando para que entregue información protegida sobre la salud o archivos y cualquier información que se encuentre en esos documentos a AHCCCS y/o Arizona Department of Economic Security Disability, Determination Services Administration (a la Administración de Determinación de Servicios de Discapacidad del Departamento de Seguridad Económica de Arizona), para que AHCCCS pueda determinar si tengo derecho a alguno de los programas financiados públicamente que son administrados por AHCCCS.

**Confidencialidad:** Entiendo que leyes estatales y federales requieren que AHCCCS mantenga confidencial la información descrita en esta autorización y que solamente puede dar a conocer esta información si yo doy mi aprobación, con propósitos directamente relacionados con la administración del programa de AHCCCS, o de otra forma que permita la ley. Sin embargo, AHCCCS tiene prohibido dar a conocer información sobre abuso de estupefacientes a cualquier otra persona, sin mi autorización escrita, de acuerdo a los Requisitos Federales de Confidencialidad sobre Abuso de Estupefacientes.

**Volver a dar a conocer:** Entiendo que de acuerdo a Health Insurance Portability and Accountability Act (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud), si la persona o la entidad que recibe la información no es un proveedor de cuidados de salud o un plan de salud resguardado por regulaciones de privacidad federales, la persona o entidad puede dar a conocer mi información de nuevo, y mi información ya no estará protegida por las regulaciones.

**Consecuencias si no Firmo esta Autorización:** Entiendo que si revoco esta autorización o si me niego a firmar esta autorización, AHCCCS no puede determinar mis actuales o futuros derechos a programas de asistencia médica fundados públicamente que son administrados por AHCCCS. Como resultado, mi solicitud de asistencia puede ser rechazada o mi asistencia puede ser suspendida.

**Derecho a Revocar la Autorización:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento si envío un aviso de revocación por escrito a AHCCCS. Esta autorización se revocará cuando AHCCCS reciba la revocación por escrito. Entiendo que la revocación no se aplica a la información que ya se haya dado a conocer como resultado de esta autorización.

**Fecha de Expiración:** A menos que haya sido revocada anteriormente, esta autorización expirará cuando mi solicitud de asistencia por medio de AHCCCS sea retirada o negada, o cuando mi derecho a asistencia por medio de AHCCCS termine. Sin embargo, esta autorización continuará en cualquier momento mientras yo reclame mis derechos en una audiencia o proceso judicial.

*Continúa en la próxima página*

## Autorización para Dar a Conocer Información Protegida sobre la Salud

Cliente:	AHCCCS ID:	Cliente #:
<p><b>Autorización para Dar a Conocer Información:</b> Doy mi permiso a cualquier proveedor de cuidados de salud para dar a conocer información protegida sobre la salud según se describe en esta autorización a empleados o agentes de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) o al Arizona Department of Economic Security, Disability Determination Services Administration.</p> <p>El proveedor de cuidados de salud tiene mi permiso para darle a AHCCCS y/o al Arizona Department of Economic Security, Disability Determination Services Administration cualquier información financiera y sobre la salud oralmente y/o por escrito incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquiera de o todos los historiales médicos;</li> <li>• Notas de progreso de parte de doctores, enfermeros/as y cualquier otro practicante en el área de cuidados de la salud;</li> <li>• Resultados de exámenes;</li> <li>• Rayos X u otros resultados de diagnósticos de imágenes;</li> <li>• Planes de servicio;</li> <li>• Información sobre cobertura de seguro de salud y cantidades y cuotas del seguro;</li> <li>• Información sobre la forma en la que mi condición afecta mi habilidad para completar mis tareas y actividades de la vida diaria;</li> <li>• Información sobre cómo mi condición afecta mi habilidad para trabajar;</li> <li>• Admisión a instalación médica y fechas en que haya sido dado/a de alta (incluyendo fecha de muerte); y</li> <li>• Documentos de cuentas en fideicomiso del paciente.</li> </ul> <p>Además, autorizo al proveedor de cuidados de salud para darle a AHCCCS y/o al Arizona Department of Economic Security, Disability Determination Services Administration la siguiente información: _____</p> <hr/> <p>Al poner mis iniciales a la par de cualquiera de las siguientes cuestiones en la lista, le estoy dando permiso al proveedor de cuidados de salud para incluir los siguientes tipos de información en la liberación de información a AHCCCS y/o al Arizona Department of Economic Security, Disability Determination Services Administration:</p> <p>_____ Información relacionada con VIH/AIDS y enfermedades contagiosas y/o documentos (según lo definido en A.R.S. Sección 36-661)</p> <p>_____ Información sobre salud mental y/o documentos (según lo definido en A.R.S. Sección 36-501 – 36-550.08)</p> <p>_____ Información sobre exámenes genéticos y/o documentos (según lo definido en A.R.S Sección 12-2801)</p> <p>_____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o remisiones sobre drogas/alcohol (según lo definido en 42 CFR Sección 2.1 et seq) con el siguiente propósito:</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar mi derecho a programas administrados por AHCCCS.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		
Escriba en letra de molde el Nombre del/de la Paciente		
Firma del/de la Paciente, Guardián, Conservador o Representante Autorizado		Fecha
Escriba en letra de molde el Nombre de Guardián, Conservador o Representante Autorizado (si se aplica):		Relación con el/la Paciente
Firma de Testigo (si se firma con una marca)	Fecha	Relación del/de la Testigo con el/la Paciente
Firma de Testigo (si se firma con una marca)	Fecha	Relación del/de la Testigo con el/la Paciente